



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2015

**Ana Catarina Ferreira
Pinho**

**ESTRATÉGIAS DE *COPING*, QUALIDADE DE VIDA E
DISTRESS PSICOLÓGICO EM DOENTES COM
CANCRO GINECOLÓGICO E DA MAMA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Professora Doutora Patrícia Sofia Pinhanços Batista
Investigadora, Universidade Católica Portuguesa

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora, a Professora Doutora Anabela Pereira, por todo o apoio, orientação, empenho e paciência para comigo ao longo de todo o trabalho.

À minha Família, sobretudo: aos meus pais, que muito se sacrificaram de boa vontade para que eu pudesse ter uma vida com mais oportunidades e para que pudesse seguir um dos meus grandes sonhos (ser psicóloga!); à minha irmã, que para além de ser a melhor irmã do mundo, aturava e acalmava a minha irritabilidade e mau humor que por vezes se instalava no decorrer desta dissertação; aos meus avós paternos, pela proteção e carinho que desde sempre me deram e pelo vosso apoio ao longo da minha vida e do meu percurso académico. Sem vocês não seria possível... Muito Obrigada!

À Administração do IPOCFG, E.P.E., respectivo Departamento de Formação, Comissão de Ética e Direcção do Serviço de Ginecologia, por atenderem à importância deste estudo e o autorizarem e à médica ginecologista, a Dra. Elizabeth Castelo Branco pela colaboração durante a fase da recolha de dados.

Às minhas amigas: as minhas “co-orientadoras especiais”, Filipa e Daniela, pelo auxílio essencial que me prestaram durante a realização da dissertação e pela força; à Sara, por me fazer chorar de rir mesmo nos dias maus e por estar sempre do meu lado; à Liliana pela força e palavras tão positivas que me transmite sempre. Obrigada a todas pela vossa preciosa amizade!

Ao meu namorado, por ter tolerado também a minha irritabilidade nesta fase e pelo apoio e carinho que me dá sempre.

E, muito especialmente, a todas as mulheres que participaram neste estudo, partilhando as suas experiências e vivências, nem sempre fáceis. Sem a vossa colaboração este trabalho não teria sido possível... Obrigada!

palavras-chave

Estratégias de *coping*, qualidade de vida, *distress* psicológico, cancro da mama, cancro ginecológico.

resumo

O cancro mais comum na mulher é o cancro da mama e é a segunda causa de morte entre mulheres com cancro. Os cancros dos órgãos reprodutivos são o quarto mais comum nas mulheres onde foram estimadas que cerca de 91.730 mulheres foram diagnosticados com algum tipo de cancro ginecológico nos Estados Unidos em 2013. A revelação de um diagnóstico de cancro e os tratamentos necessários ao seu combate podem provocar *distress* psicológico nas doentes e quando não se utilizam estratégias de *coping* adaptativas ao combate desse *distress* as mulheres com cancro ginecológico e da mama podem apresentar uma baixa qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre as estratégias de *coping* (EC), a qualidade de vida (QdV) e o *distress* psicológico em doentes com estes tipos de cancros. A amostra foi constituída por 31 mulheres com cancro ginecológico e da mama com idades compreendidas entre os 32 e os 82 anos ($M = 58,23$; $DP = 13,28$) seguidas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. Os instrumentos utilizados foram os seguintes: um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30) e o *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ). Os resultados indicaram que não existem diferenças significativas entre a QdV e as EC. Quanto à QdV e a HADS-A, foi possível verificar que estas apresentaram correlações negativas significativas na QdV global e nos funcionamentos físico, emocional e cognitivo, e correlações positivas significativas na fadiga, dor e dificuldades financeiras. Em relação à QdV e HADS-D, foram encontradas correlações negativas significativas na QdV global e nos funcionamentos físico, de papel, emocional, cognitivo e social, e correlações positivas significativas na fadiga e dor. Também foi verificada uma correlação negativa significativa entre a ansiedade e as EC interpessoais. Confirmou-se a existência de relações entre a QdV e o *distress* psicológico (ansiedade e depressão), neste sentido os resultados sugerem a importância de formar e sensibilizar os profissionais de saúde, de forma a detetar sinais precoces de *distress* psicológico e desenvolver programas de intervenção que possibilitem responder de forma mais eficaz às necessidades específicas destas doentes, nomeadamente na sua QdV.

keywords

Coping strategies, quality of life, psychological distress, breast cancer, gynaecological cancer.

abstract

The most common cancer in women is breast cancer and it is the second leading cause of death among women with cancer. Cancers of the reproductive organs are the fourth most common in women, where it has been estimated that about 91,730 women were diagnosed with some type of gynaecological cancer in the United States in 2013. The revelation of a cancer diagnosis and the treatment needed to fight it can cause psychological distress in patients and when adaptive coping strategies are not used to combat this distress, women with gynaecological and breast cancer may present low quality of life (QoL). The aim of the presente study was to analyze the associations between coping strategies, quality of life and psychological distress in patients with these types of cancers. The sample was composed of 31 women with gynaecological and breast cancer aged between 32 and 82 ($M = 58.23$, $SD = 13.28$) treated at the Francisco Gentil Portuguese Institute of Oncology of Coimbra. The instruments used were the following: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ C-30) and Cancer Coping Questionnaire (CCQ). The results indicated that there are no significant differences between the QoL and the coping strategies. The data showed that QoL and HADS-A has significant negative correlations in global QoL and in physical, emotional and cognitive functions, and significant positive correlations in fatigue, pain and financial difficulties. Regarding the QoL and HADS-D, significant negative correlations were found in global QoL and in physical, role, emotional, cognitive and social functions, and significant positive correlations in fatigue and pain. A significant negative correlation between anxiety and interpersonal EC has also been found. The existence of relations between QoL and psychological distress (anxiety and depression) was confirmed and these results suggest the importance of training health professionals on early detection of psychological distress in order to develop intervention programs to respond more effectively to the specific needs of these patients, particularly in their QoL.

Índice

Introdução	1
Métodos	7
Participantes	7
Instrumentos	9
Questionário sociodemográfico e clínico	10
<i>Hospital Anxiety Depression Scale</i>	10
<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life</i> <i>Questionnaire Core-30</i>	11
<i>Cancer Coping Questionnaire</i>	12
Procedimentos	12
Resultados.....	13
Caracterização do <i>distress</i> psicológico, qualidade de vida e estratégias de <i>coping</i>	13
Relação entre o <i>distress</i> psicológico, a qualidade de vida e as estratégias de <i>coping</i>	15
Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida, o <i>distress</i> psicológico e as estratégias de <i>coping</i>	17
Discussão	19
Referências Bibliográficas.....	25
Anexos	36

Índice de Quadros

Quadro 1	8
Quadro 2	14
Quadro 3	15
Quadro 4	16

Lista de Abreviaturas

CCQ - *Cancer Coping Questionnaire*

DP - Desvio Padrão

EC – Estratégias de *coping*

EORTC QLQ C30 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30*

HADS - *Hospital Anxiety Depression Scale*

HADS-A - *Hospital Anxiety Depression Scale - Anxiety*

HADS-D - *Hospital Anxiety Depression Scale - Depression*

Máx - Máximo

M - Média

Min - Mínimo

n - Número de participantes

QdV - Qualidade de vida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

p - Valor de significância

WHO - *World Health Organization*

Introdução

Segundo a WHO, Agência Internacional para Pesquisa e Investigação sobre Cancro, em 2012 foram diagnosticados 14.1 milhões de novos casos de cancro, 8.2 milhões de mortes devido ao cancro e 32.6 milhões de pessoas que vivem com o diagnóstico dessa mesma doença até 5 anos desde o diagnóstico.

O cancro mais comum na mulher é o cancro da mama e é a segunda causa de morte entre mulheres com cancro (Tuncer, & Yucel, 2013; Vadivelu, Schreck, Lopez, Kodumudi, & Narayan, 2008; Yilmaz, & Arslan, 2015), onde todos os anos é diagnosticada esta doença a 1.3 milhões de mulheres em todo o mundo e 465 mil são o resultado de mortes provocadas por este tipo de cancro. A sua incidência aumenta com a idade, pois, 80% dos casos ocorrem em mulheres com idades superiores a 50 anos, e apesar de ser menos comum em mulheres mais jovens o cancro da mama por sua vez, tende a ser mais agressivo (Davies, 2012). O mesmo pode ser atribuível a vários fatores de risco como, menarca precoce, menopausa tardia, paridade, amamentação, uso prolongado de hormonas exógenas, obesidade, falta de exercício físico, gravidez tardia e consumo de álcool (Davies, 2012).

Os cancros dos órgãos reprodutivos são o quarto mais comum nas mulheres americanas, onde foram estimadas que cerca de 91.730 mulheres foram diagnosticadas com algum tipo de cancro ginecológico nos Estados Unidos em 2013 (American Cancer Society, 2013). Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia são designados como tumores ginecológicos o cancro do endométrio, ovários, colo do útero, trompas de falópio e vagina, sendo que os dois últimos são mais raros (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2013). O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais comum nas mulheres em todo o mundo e o terceiro com maior índice de mortalidade (Jemal, Siegel, Ward, Hao, Xu & Murray, 2008; Kamangar, Doros & Anderson, 2006). O cancro no ovário é caracterizado por ter um início insidioso, onde a falta de sintomas iniciais leva a que dois terços das mulheres se apresentem à Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) com estádios avançados. Cerca de 70% dos casos de cancro no ovário são diagnosticados em estágio avançado (Cho, & Shih, 2009), assim, este é o tipo de cancro ginecológico que tem maior índice de mortalidade, com taxas elevadas de incidência na América do Norte e norte da Europa (Makar, 2000; Guppy, Nathan & Rustin, 2005). O cancro ginecológico induz uma grande mudança na vida das mulheres, acabando por obriga-las a confrontarem-

se com novos desafios, principalmente a nível social, psicológico, físico e económico (Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, 2006). Existem várias respostas emocionais e psicossociais que podem surgir aquando a revelação de um diagnóstico deste tipo de cancro, tais como: passividade, ansiedade, negação, preocupações com o futuro e/ou morte, extinção de projetos a longo prazo e responsabilidades pessoais. Pode ainda levar a mulher a ter problemas e alterações a nível sexual e na sua representação enquanto ser feminino (Perdrizet-Chevallier, Reich & Lesur, 2008).

A doença oncológica acarta vários sinais vitais, sendo o *distress* psicológico reconhecido como o sexto sinal vital (Bultz & Carlson, 2005), pois, reduz a qualidade de vida, afeta negativamente a adesão ao tratamento e acarreta um risco elevado de mortalidade (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Greer, Pirl, Park, Lynch, & Temel, 2008; Pinquart & Duberstein, 2010; Satin, Linden, & Phillips, 2009) uma vez que este provoca efeitos adversos na resposta imunitária ao cancro (Lutgendorf et al., 2005). A literatura afirma que as mulheres com cancro no ovário acarretam maiores níveis de *distress* psicológico em comparação com mulheres que tenham outro tipo de cancro (Norton et al., 2004; Bodurka-Bervers et al., 2000). São vários os fatores de risco que podem contribuir para o aumento da probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos no cancro da mama e ginecológico, entre os quais os fatores médicos (a gravidade da doença, os sintomas físicos e os tratamentos realizados), os fatores sociodemográficos (idade, nível socioeconómico, escolaridade e estado civil) e, por fim, os fatores psicossociais (apoio social, estratégias de *coping*) (Caplette-Gingras & Savard, 2008).

No cancro da mama, o diagnóstico psiquiátrico mais comum é a perturbação de adaptação (Kissane, Grabsch, Love, Clarke, Bloch, & Smith, 2004), e cerca de um terço das mulheres diagnosticadas com esta doença oncológica apresentam quadros que preenchem os critérios de depressão (Love, Grabsch, Clarke, Bloch, & Kissane, 2004). Pesquisas mostram ainda que quando as mulheres com cancro da mama recebem apoio social do seu parceiro, o ajustamento à doença melhora (Helgeson, Snyder, & Seltman, 2004), e segundo Gotcher (1995), o ajustamento psicossocial social da mulher face a esta doença oncológica, está significativamente correlacionado com a frequência da comunicação sobre a doença assim como a honestidade dessa comunicação, o incentivo do

parceiro para falar da doença e a maneira como os temas mais desagradáveis são falados. O evitamento ou diminuição do diálogo acerca do cancro conduz a baixos níveis de bem-estar e ao aumento dos níveis de depressão e ansiedade (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Donovan-Kicken & Caughlin, 2011; Figueiredo, Fries, & Ingram, 2004; Lepore & Revenson, 2007; Manne & Badr, 2008; Manne, Ostroff, Norton, Fox, Goldstein, & Grana 2006) e a relacionamentos mais insatisfatórios (Donovan-Kicken & Caughlin, 2010).

As modalidades de tratamento para os cancros da mama e ginecológicos, como quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia prejudicam significativamente a mulher, não só no que toca ao seu conforto físico, como a dor, fadiga e náuseas (Gho, Steele, Jones, & Munro, 2013), que podem comprometer a autonomia da mulher na sua vida familiar e social (Hilton, Crawford, & Tarko, 2000), mas também no funcionamento sexual, imagem corporal, função reprodutiva (Anllo, 2000; Carter et al., 2013; Ganz, Desmond, Leedham, Rowland, Meyerowitz, & Belin, 2002; Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen, & Machin, 2003; Kissane, Grabsch, Love, Clarke, Bloch, & Smith, 2004; Leake, Gurrin, & Hammond, 2001; Speer et al., 2005) e qualidade de vida (Miller, Pittman, Case, & McQuellon, 2002).

Devido a incertezas acerca do prognóstico e eficácia do tratamento, é recorrente que pensamentos intrusivos sobre a progressão ou recorrência da doença ocorram (Stanton & Revenson, 2011) e mesmo passados muitos anos após o diagnóstico e tratamentos que a doença implicou, um número elevado de mulheres experienciam ainda níveis elevados de ansiedade, depressão e *stress* (Bower, 2008; Bradley, Rose, Lutgendorf, Costanzo, & Anderson, 2006) uma vez que podem ter passado por intervenções cirúrgicas que podem ser invasivas e dolorosas, e que para além de provocarem mudanças corporais podem traduzir-se numa baixa auto estima e comprometimento da identidade (Bartula & Sherman, 2013; Przewdziecki, Sherman, Baillie, Taylor, Foley, & Stalgis-Bilinski, 2013).

A descoberta de uma doença oncológica por si só já causa um grande impacto na vida da mulher (Nicolussi, & Sawada, 2011) e juntamente aos tratamentos necessários ao seu combate, são provocadas alterações físicas, emocionais e sociais, que consequentemente provocarão mudanças indispensáveis na vida diária e nos hábitos passados à doença, podendo comprometer negativamente a sua Qualidade de Vida (QdV)

(Chaves, & Gorini, 2011; Cheng, & Lee, 2011) e a da sua família (Le et al., 2004; Pilkington and Mitchell, 2004).

Embora a QdV não tenha uma definição exata pode ser considerada como a percepção que o indivíduo tem da vida e a sua satisfação e prazer com a mesma (Ersek, Ferrell, Dow, & Melancon, 1997; Rannestad, 2005). Por outras palavras, a QdV exprime-se na satisfação com os domínios de importância para o indivíduo, desde os próprios valores, crenças e julgamentos (Ferrans, & Powers, 1985; Oleson, 1990). Existem muitos aspetos que contribuem para a QdV, e segundo alguns autores, são esses aspetos sobretudo físicos, psicológicos, ambientais, familiares, sociais e espirituais (Cella, Chang, Lai, & Webster, 2002; Kaasa, & Loge, 2003). A percepção de QdV varia entre culturas, embora hajam sempre similaridades e diferenças (Bahrami, 2011). Num estudo realizado com mulheres Árabes que sofriam de cancro da mama, verificou-se que a QdV estaria relacionada com a capacidade de continuar a realizar os seus deveres - nomeadamente, cuidar dos filhos e do marido, cuidar da casa e continuar a trabalhar (Jassim, & Whitford, 2014), noutros estudos, com mulheres de outras nacionalidades e com a mesma doença, pôde verificar-se que a QdV estaria relacionada com relações sociais e de amizade (Wong-Kim, Sun, Merighi, & Chow, 2005) e felicidade e satisfação (Bahrami, 2011).

No cancro ginecológico e da mama pode ser necessário recorrer a cirurgias, que, por consequência podem levar à perda de órgãos e a cicatrizações externas que por sua vez podem causar ansiedade, distorção da imagem corporal (Romagnolo, 1990) e problemas a nível sexual (Ashing-Giwa et al., 2004). Os efeitos secundários resultantes dos vários tratamentos para o cancro ginecológico podem incluir redução do desejo sexual, sensações diminuídas, menopausa prematura, perda de fertilidade, atrofia vaginal e estenose (Anderson, & Lutgendorf, 1997), e todos estes aspetos físicos, sexuais e reprodutivos compõem um aspeto integral da QdV destas mulheres (Andersen, Anderson & DeProse, 1989) uma vez que os órgãos reprodutores femininos representam uma importante simbologia para as mulheres enquanto feminilidade e fertilidade (Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, McLeod, & Hacker, 2003).

Durante os tratamentos de doenças oncológicas é comum que as pacientes experienciem dor, fadiga, insónias e distúrbios de humor, e quando estes sintomas ocorrem em concomitância apresentam uma QdV baixa (Cheng et al., 2011), sendo que os

distúrbios de humor por si só já têm uma grande influência sobre a mesma (Cheng et al., 2011; Redeker, Lev, & Ruggiero, 2000).

Alguns preditores da QdV em mulheres em fase de tratamento para o cancro ginecológico e da mama incluem a severidade da cirurgia (Greimel, Thiel, Peintinger, Cegnar, & Pongratz, 2002), *distress* provocado pela doença, preocupações com questões reprodutivas e estratégias de *coping* (EC) mal adaptativas (Wenzel et al., 2005). No processo de adaptação destes tipos de doenças oncológicas, as características da mulher, a sua situação clínica e o tipo de estratégias que arranja para lidar com as adversidades que cada fase da doença abrange, podem desempenhar um papel importante na QdV enquanto fatores de risco ou proteção (Silva, Bettencourt, Moreira, & Canavarro, 2011).

Assim como a QdV, as EC também não apresentam uma definição exata, mas podem ser definidas como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para enfrentar uma situação adversa, como é o caso do cancro ginecológico e da mama (Lazarus & Folkman, 1984, cit. por Varela & Leal, 2007). O *coping* adota duas funções principais: o controlo das emoções e a resolução do problema. Portanto, o *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado quando se pretende a manutenção da esperança e do otimismo e a diminuição do desconforto emocional perante situações de ameaça ou perigo. No que diz respeito às estratégias que visam a resolução do problema, estas são assumidas geralmente com o objetivo de criar soluções para determinado agente ou situação *stressor* (Antoniazzi et al., 1998; Folkman & Moskowitz, 2004; Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). As EC podem ainda ser classificadas como estratégias confrontativas ou estratégias de evitamento. Pode dizer-se que as primeiras são estratégias ativas, orientadas para respostas de redução do agente *stressor* ou orientadas para a adaptação ao mesmo (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989), e estas incluem a aceitação, planeamento, reenquadramento positivo, procura de apoio e resolução de problemas. Já as EC de evitamento direcionam a atenção, pensamentos e sentimentos para longe do agente *stressor*, incluindo a negação, auto culpabilização e uso de substâncias (Donovan-Kicken et al., 2011). Assim, indivíduos que lidam com a doença oncológica utilizando estratégias de evitamento, estão mais vulneráveis à ocorrência de dificuldades psicossociais durante o processo de adaptação à doença. Lidar com os desafios decorrentes através de cognições/comportamentos que visem a negação do diagnóstico (de modo a diminuir a ansiedade causada pelo mesmo), integra um fator de risco para a QdV nas

diversas fases da doença, isto porque, apesar de poder proporcionar (temporariamente) algum alívio das emoções negativas, pode impedir o indivíduo de tomar decisões importantes relativas à sua doença (Silva et al., 2011).

Embora neste estudo não se analisem as estratégias de coping focadas na religião é de interesse mencioná-las pois, quando os indivíduos se confrontam com uma situação de risco de vida, as prioridades mudam e muitos deles adotam estratégias de *coping* focadas na religião, que parecem ser de grande importância para aqueles cuja doença ameaça a vida, como é o caso do cancro da mama e ginecológico (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003; Siegel, & Schrimshaw, 2002). Assim, as estratégias de *coping* religiosas podem ser consideradas como positivas ou negativas, podendo afirmar-se que as primeiras são sustentadas num relacionamento seguro com um Deus benevolente, e apenas este tipo de *coping* religioso é construtivo e vantajoso para o indivíduo, estando associado a uma melhor saúde mental/emocional e crescimento pessoal, em contraste com as estratégias de *coping* religiosas negativas, que refletem um Deus distante e punidor, estando associado ao *distress* psicológico e aumento da vulnerabilidade física, uma vez que o indivíduo experiencia sentimentos de punição, pecado e abandono (Pargament, 1997; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2001).

Mulheres com cancro ginecológico, com mais fatores de *stress* ameaçadores, com doença avançada e que se encontram num tratamento extenso praticam estratégias de *coping* mais variadas e com mais frequência (Costanzo, Lutgendorf, Rothrock, & Anderson, 2006). Verifica-se ainda que, mulheres que praticam *coping* ativo, reenquadramento positivo e aceitação possuem menos *distress*, um melhor bem-estar funcional, social, emocional e físico, assim como uma maior QdV. Contrariamente, mulheres que utilizam estratégias de evitamento apresentam níveis de ansiedade e depressão mais elevados e consequentemente uma menor QdV (Lutgendorf et al., 2002). Deste modo, parece plausível considerar que a adaptação ao cancro ginecológico e da mama deve ser entendida como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias de *coping* que permitam lidar com o problema e assim promover a sua QdV (Silva et al., 2011).

Em Portugal, são poucos os estudos que relacionam estas três variáveis (estratégias de *coping*, QdV e *distress* psicológico) em mulheres no âmbito destes tipos de cancros (ginecológico e da mama). Desta forma, a presente investigação pretende contribuir para o

avanço do conhecimento científico nesta área, sendo proposto um estudo que avalie a relação entre as EC, a QdV e o distress psicológico em doentes na fase ativa do cancro ginecológico e da mama. Adicionalmente, pretende-se analisar o efeito de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nas EC, na QdV e no distress psicológico.

Métodos

Participantes

A amostra deste estudo é composta por participantes do sexo feminino com cancro ginecológico e da mama em fase ativa da doença que frequentam as consultas externas do Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.). Foram entrevistadas no total 63 mulheres, contudo, foram excluídas 22 entrevistas por preenchimento incorreto e 10 por serem mulheres sobreviventes da doença oncológica, restando assim 31 mulheres. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: estar em fase ativa da doença, como já referido acima, e ter pelo menos 18 anos de idade. Os critérios de exclusão passaram pela presença de perturbações psiquiátricas graves e dependência de drogas/álcool.

Como se encontra sistematizado no Quadro 1, esta é uma amostra constituída por 31 mulheres com cancro ginecológico e da mama em fase ativa da doença ($N = 31$) com idades compreendidas entre os 32 e os 82 anos ($M = 58,23$; $DP = 13,28$). A maioria das participantes deste estudo estão casadas ou em união de fato, representando 80,6% da amostra e vivem com a família (61,3%). Em relação às categorias profissionais, tendo em consideração a Classificação Nacional de Profissões do INE de 2010, a maior percentagem pertence ao grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (19,4%), sendo que a maioria está desempregada ou reformada (41,9%). Quanto às suas habilitações literárias a maioria, num total de 14 mulheres, têm o 1º ciclo (45,2%). Em relação às características clínicas, observa-se que 64,5% ($n = 20$) das mulheres foram diagnosticadas com cancro da mama e 35,5% ($n = 11$) com cancro ginecológico e a maioria (35,5%) recebeu o diagnóstico há mais de 5 anos (35,5%). Quanto ao tipo de tratamento 64,5% das mulheres foram submetidas a cirurgia, 58,1% realizaram quimioterapia, 45,2% realizaram radioterapia e 16,1% realizaram hormonoterapia. No que concerne aos antecedentes familiares, 64,5% das mulheres não apresentam antecedentes familiares com cancro ginecológico e da mama. No que se refere ao acompanhamento psicológico prévio à doença oncológica, verifica-se que a maioria

nunca usufruiu de qualquer acompanhamento psicológico (77,4%), e em relação às mulheres que tiveram esse acompanhamento (22,6%) o motivo do mesmo mais presente foi o de sintomatologia ansiosa (16,1%).

Quadro 1

Características sociodemográficas e clínicas da amostra

	Média	DP
Idade	58,23	13,278
	n	%
Estado Civil		
Casada/União de Fato	25	80,6
Separada/Divorciada	2	6,5
Viúva	4	12,9
Agregado Familiar		
Sozinha	3	9,7
A viver com parceiro	9	29
A viver com família	19	61,3
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade	2	6,5
1º ciclo (1º - 4º ano)	14	45,2
2º ciclo (5º - 6º ano)	5	16,1
3º ciclo (7º - 9º ano)	1	3,2
Ensino secundário (10º - 12º ano)	3	9,7
Formação Universitária	6	19,4
Categoria Profissional		
1	5	16,1
2	1	3,2
3	2	6,5
4	6	19,4
5	4	12,9

Número de Anos do Diagnóstico		
0 – 6 meses	3	9,7
7 – 12 meses	4	12,9
13 – 24 meses	6	19,4
2 – 3 anos	3	9,7
3 – 4 anos	2	6,5
4 – 5 anos	2	6,5
≥ 5 anos	11	35,5
Tipo de Cancro		
Mama	20	64,5
Ginecológico	11	35,5
Tipo de Tratamento		
Cirurgia	20	64,5
Quimioterapia	18	58,1
Radioterapia	14	45,2
Hormonoterapia	5	16,1
Antecedentes Familiares com Cancro		
Sim	11	35,5
Não	20	64,5
História Prévia de Acompanhamento Psicológico		
Sim	7	22,6
Não	24	77,4
Motivo do Acompanhamento Psicológico		
Sintomatologia Ansiosa	5	16,1
Sintomatologia Depressiva + Ansiosa	2	6,5
Ausência de Sintomatologia	24	77,4

Nota: DP- desvio-padrão; 1- Especialista das atividades intelectuais e científicas; 2- Técnicos e profissões de nível intermédio; 3- Pessoal administrativo; 4- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 5- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices.

Instrumentos

Quanto aos instrumentos aplicados, utilizou-se: um questionário sociodemográfico e clínico, a *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão

Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30; Aaronson et al., 1993; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) e o *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ; Moorey, Frampton & Greer, 2003; versão Portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, 2014). Foram contactados os autores dos questionários empregados neste estudo, no sentido de recolher informação sobre a cotação e validade dos instrumentos, assim como, adquirir autorização para a sua utilização. Alguns dos autores contactados forneceram autorização através do contacto via correio eletrónico (Anexo A).

Questionário sociodemográfico e clínico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B) previamente formatado para avaliar este tipo de população, sendo este constituído por 8 itens dedicados às características sociodemográficas (i.e., sexo, idade, nacionalidade, estado civil, agregado familiar, número de filhos, escolaridade e profissão) e 7 itens dedicados às variáveis clínicas (i.e., data do diagnóstico, diagnóstico clínico, reação ao diagnóstico, antecedentes familiares, tipo de tratamento, história prévia de acompanhamento psicológico e motivo do acompanhamento psicológico). Todavia, neste estudo foram apenas considerados os itens relativos ao sexo, idade, estado civil, agregado familiar, escolaridade, profissão, data de diagnóstico, diagnóstico e tipo de tratamento, antecedentes familiares, história prévia de acompanhamento psicológico e motivos de acompanhamento psicológico.

Hospital Anxiety Depression Scale

Para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, foi utilizada a versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007) (Anexo C). Esta escala é constituída por 14 itens que se dividem em duas subescalas (HADS-A e HADS-D) de sete itens cada. Cada item é respondido de acordo com uma escala *Likert*, que varia entre 0 (menor gravidade) e 3 (maior gravidade), com um total possível de 0 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maiores são os níveis de sintomas de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, tanto para a ansiedade como para a depressão: 0-7 “*normal*” (i.e., ausência de sintomatologia), 8-10

“leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente às qualidades psicométricas, estas apresentam um coeficiente alpha de Cronbach de .76 para a subescala de ansiedade e de .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, as correlações variaram entre .43 e .75, permitindo concluir que este instrumento avalia os estados e não os traços dos doentes, considerando-se, assim um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na presente investigação, também ambas as subescalas apresentam uma consistência interna adequada: HADS-A $\alpha=.81$; e HADS-D $\alpha=.76$.

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30

Para avaliar a QdV das participantes foi utilizada a versão Portuguesa do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30; Aaronson et al., 1993; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2008) (Anexo D). Este questionário, específico para avaliar a QdV na população oncológica, é constituído por 30 itens que compõem: 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papéis), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vómitos), 1 escala de avaliação da condição global (saúde/QdV global) e 6 itens isolados de sintomatologia (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras), que são normalmente relatados por doentes oncológicos. A maioria dos itens é avaliada por uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 a 4 (1=Não, 2=Um pouco, 3=Bastante, 4=Muito), à exceção dos dois itens que formam a subescala de saúde/qualidade de vida global, que utiliza uma escala de 1 a 7, em que 1=Péssima e 7=Ótima. Em todas as escalas e itens isolados obtém-se uma pontuação de 0 a 100. No caso das escalas funcionais e da escala de saúde e QdV global, uma pontuação elevada representa um funcionamento saudável e uma maior QdV (respetivamente), enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A versão Portuguesa da EORTC QLQ C-30 mostrou propriedades semelhantes à versão original, com um alfa de *Cronbach* para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes subescalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que

apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro et al., 2008). Na presente investigação, as subescalas também apresentaram uma consistência interna adequada, com um alfa de *Cronbach* para a subescala de Saúde e QdV Global de .86 e valores a variar entre .93 e .94 para as restantes subescalas.

Cancer Coping Questionnaire

Para avaliar as estratégias de *coping* das participantes foi utilizada a versão Portuguesa do *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ; Moorey, Frampton, & Greer, 2003; versão Portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, 2014) (Anexo E). O CCQ é uma escala de auto resposta concebida para medir as estratégias de *coping*, sendo constituída por 21 itens agrupados em 6 fatores: *coping*, *coping* individual, *coping* interpessoal, foco positivo, diversão e planeamento. Cada item é respondido de acordo com uma escala de *Likert* que varia entre 1 a 4, em que 1=Nunca, 2=Algumas vezes, 3=Freqüentemente e 4=Muito freqüentemente (Moorey et al., 2003). Quanto maiores as pontuações obtidas nas subescalas, melhores estratégias de *coping* os participantes evidenciam. Este questionário apresenta uma consistência interna adequada, com um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .80 para a escala total. As correlações teste-reteste foram positivas e altamente significativas, com a escala individual a apresentar uma correlação de Spearman de .59 ($p < .001$) e a interpessoal de .65 ($p < .001$). No presente estudo verificou-se um alfa de *Cronbach* de .92.

Procedimentos

Os dados do presente estudo foram recolhidos no Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E.) com o consentimento da Comissão de Ética do IPOCFG, E.P.E e do Diretor do Serviço de Ginecologia, a fim de obter a aprovação necessária para a realização do estudo. É ainda de importância referir que este estudo faz parte de um projeto mais abrangente da responsabilidade da médica ginecologista Dra. Elizabeth Castelo Branco, intitulado de “Estudo longitudinal sobre o impacto na qualidade de vida e ajustamento emocional ao diagnóstico, tratamento e sobrevivência de cancro ginecológico” (Anexo F).

As participantes foram recrutadas segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, sendo contactadas através das consultas externas do

Serviço de Ginecologia. Foram dados a conhecer os objetivos da investigação juntamente com o consentimento informado (Anexo G) e foram clarificadas quaisquer dúvidas. Após o consentimento das participantes, teve início a sua participação no estudo através do preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e dos questionários de auto resposta. A recolha de dados decorreu apenas num momento, presencialmente.

Depois da administração dos questionários, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores e a análise estatística foi efetuada com recurso ao programa informático IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas e inferenciais. Dadas as características da amostra (número reduzido de participantes) e os objetivos e hipóteses a testar, as análises realizadas recorreram a estatísticas não paramétricas. Com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias, desvios-padrão e medianas) relativas às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais dos grupos. A fim de se estudar a relação entre as variáveis psicossociais, nomeadamente o *distress* psicológico, a QdV e as estratégias de *coping* foram realizadas análises de correlação de Spearman. A mesma correlação foi aplicada para se testar a relação entre a idade com o *distress* psicológico e a QdV. Utilizou-se o teste U de Mann Whitney (U) para a variável tipo de cancro e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis estado civil e nível de escolaridade (habilitações literárias). Utilizou como referência um nível de significância de $p \leq 0.05$.

Resultados

Caracterização do *distress* psicológico, qualidade de vida e estratégias de *coping*.

A fim de se estudar o *distress* psicológico, a QdV e as estratégias de *coping* da amostra, utilizaram-se estatísticas descritivas (medianas, desvios-padrão, mínimos e máximos) das escalas utilizadas para a avaliação dessas mesmas variáveis (HADS, QLQ C-30 e CCQ, respetivamente). Ao nível do *distress* psicológico verificou-se que as participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade do que de depressão. Em relação à QdV observou-se que, ao nível das subescalas funcionais do QLQ C-30, as participantes apresentaram melhor QdV na subescala funcionamento social e pior QdV na subescala funcionamento emocional. Ainda no QLQ C-30, em relação às subescalas de sintomas, as

participantes pontuaram mais na subescala fadiga (revelando pior QdV) e menos na subescala náuseas e vômitos. No que se refere às escalas de um único item, as participantes pontuaram menos nas subescalas dispneia, perda de apetite, obstipação e diarreia e mais nas subescalas insônia e dificuldades financeiras. No que respeita às estratégias de *coping*, as participantes apresentaram melhores estratégias de *coping* na subescala individual (ver Quadro 2).

Quadro 2

Distress psicológico, QdV e estratégias de coping da amostra.

Variáveis	Mdn	DP	Min	Máx
<i>Distress Psicológico (HADS)</i>				
HADS-Ansiedade	8.00	4.69	.00	19.00
HADS-Depressão	6.00	3.97	.00	15.00
<i>QdV (QLQ C-30)</i>				
Saúde/QdV Global	58.33	18.18	25.00	91.67
Funcionamento Físico	80.00	19.57	26.67	100.00
Funcionamento de Papel	83.33	30.02	.00	100.00
Funcionamento Emocional	75.00	25.27	25.00	100.00
Funcionamento Cognitivo	83.33	27.11	16.67	100.00
Funcionamento Social	100.00	18.11	33.33	100.00
Fadiga	22.22	26.93	.00	88.89
Dor	16.67	31.02	.00	100.00
Náuseas e Vômitos	.00	20.49	.00	100.00
Dispneia	.00	15.91	.00	66.67
Insônia	33.33	33.87	.00	100.00
Perda de apetite	.00	31.94	.00	100.00
Obstipação	.00	17.62	.00	66.67
Diarreia	.00	60.78	.00	33.33
Dificuldades Financeiras	33.33	33.73	.00	100.00
<i>Estratégias de Coping (CCQ)</i>				
CCQ-Individual	36	9.24	21.00	54.00

CCQ-Interpessoal	17	6.30	7.00	28.00
------------------	----	------	------	-------

Nota: Mdn- mediana; DP- desvio-padrão; Min- mínimo; Máx- máximo

Relação entre o *distress* psicológico, a qualidade de vida e as estratégias de *coping*.

No que se refere à relação entre o *distress* psicológico e as estratégias de *coping*, pode observar-se que o *distress* psicológico apresenta uma correlação negativa significativa com as estratégias de *coping* (interpessoal), nomeadamente com a HADS-A ($r_s = -.39, p \leq 0.05$). Ao nível da QdV, não se encontraram correlações significativas com o CCQ (ver Quadro 3).

Quadro 3

Correlação de Spearman das estratégias de *coping* com o *distress* psicológico e com a QdV.

	Estratégias de <i>Coping</i> (CCQ)	
	CCQ-Individual	CCQ-Interpessoal
<i>Distress</i> psicológico (HADS)		
HADS-A	-.18	-.39*
HADS-D	-.23	-.20
QdV (QLQ C-30)		
Saúde/QdV Global	-.08	.00
Funcionamento Físico	.25	.08
Funcionamento de Papel	-.06	-.15
Funcionamento Emocional	.05	.20
Funcionamento Cognitivo	-.05	.13
Funcionamento Social	.07	-.14
Fadiga	-.09	.07
Dor	-.20	-.19
Náuseas e Vômitos	.00	.15
Dispneia	-.14	.07
Insónia	.09	.16
Perda de apetite	.09	.15

Obstipação	-.01	.15
Diarreia	-.02	.20
Dificuldades Financeiras	.13	.14

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$

No que se refere à relação entre o *distress* psicológico e a QdV encontrou-se uma correlação negativa significativa entre a HADS-A e a subescala de saúde/QdV global ($r_s = -.45$, $p \leq 0.05$). Encontraram-se também correlações negativas significativas entre a HADS-A e algumas subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as subescalas de funcionamento físico ($r_s = -.45$, $p \leq 0.05$), emocional ($r_s = -.74$, $p \leq 0.01$) e cognitivo ($r_s = -.48$, $p \leq 0.01$). Por outro lado, encontraram-se correlações positivas significativas entre a HADS-A com algumas subescalas de sintomas e de um único item do QLQ C-30, nomeadamente: fadiga ($r_s = .40$, $p \leq 0.05$), dor ($r_s = .38$, $p \leq 0.05$) e dificuldades financeiras ($r_s = .41$, $p \leq 0.05$). Ao nível da HADS-D, encontrou-se uma correlação negativa significativa com a subescala de saúde/QdV global ($r_s = -.52$, $p \leq 0.01$). Encontraram-se também correlações negativas significativas entre a HADS-D e todas as subescalas funcionais do QLQ C-30, nomeadamente as subescalas de funcionamento físico ($r_s = -.33$, $p \leq 0.01$), de papel ($r_s = -.56$, $p \leq 0.01$), emocional ($r_s = -.75$, $p \leq 0.01$), cognitivo ($r_s = -.62$, $p \leq 0.01$) e social ($r_s = -.37$, $p \leq 0.05$). Por outro lado, encontraram-se correlações positivas significativas entre a HADS-D com algumas subescalas de sintomas do QLQ C-30, nomeadamente fadiga ($r_s = .62$, $p \leq 0.01$) e dor ($r_s = .65$, $p \leq 0.01$) (ver Quadro 4).

Quadro 4

Correlação de Spearman entre o *distress* psicológico e a QdV.

	<i>Distress</i> psicológico (HADS)	
	HADS-A	HADS-D
QdV (QLQ C-30)		
Saúde/QdV Global	-.45*	-.52**
Funcionamento Físico	-.45*	-.33**
Funcionamento de Papel	-.35	-.56**
Funcionamento Emocional	-.74**	-.75**

Funcionamento Cognitivo	-.48**	-.62**
Funcionamento Social	-.15	-.37*
Fadiga	.40*	.62**
Dor	.38*	.65**
Náuseas e Vômitos	.03	.19
Dispneia	.04	.26
Insónia	.12	-.08
Perda de apetite	.32	.22
Obstipação	.13	.15
Diarreia	.02	.29
Dificuldades Financeiras	.41*	.28

*p≤0.05, **p≤0.01

Relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida, o *distress* psicológico e as estratégias de *coping*

Quando se procurou estudar a relação entre a idade e a QdV, pode-se observar uma correlação negativa significativa entre a idade e a subescala de saúde/QdV global ($r_s = -.49$, $p = .006$). Por sua vez, quando se procurou estudar a relação entre a idade e o *distress* psicológico observou-se que a idade se correlacionou positiva e significativamente com a escala que avalia a depressão (HADS-D ($r_s = .56$, $p = .001$)). Por sua vez a idade não se correlacionou significativamente com a escala que avalia a ansiedade (HADS-A ($r_s = .27$, $p = .136$)).

Em relação ao papel do estado civil (casada/união de facto, separada/divorciada e viúva) no *distress* psicológico, verificou-se que existe um efeito significativo entre os diferentes subgrupos do estado civil e o *distress* psicológico medido através da escala: HADS-A ($\chi^2(2, N=31) = 7.48$, $p = .024$). Assim, as mulheres pertencentes ao subgrupo separada/divorciada apresentaram valores mais elevados de sintomatologia ansiosa ($Mdn = 16.50$) quando comparadas com as mulheres viúvas ($Mdn = 11.50$) e com as mulheres casadas/união de facto, sendo que estas últimas apresentaram menos sintomas ansiosos ($Mdn = 8.00$). Por sua vez, não se verificou um efeito significativo entre os diferentes subgrupos do estado civil e o *distress* psicológico medido através da HADS-D ($\chi^2(2, N=31) = 3.49$, $p = .174$). Da mesma forma, não se encontraram efeitos significativos

entre os diferentes subgrupos do estado civil e as estratégias de *coping* medido através das escalas: CCQ-Individual ($\chi^2(2, N=31)=1.32$, $p=.516$); CCQ-Interpessoal ($\chi^2(2, N=31)=.82$, $p=.664$).

Quando se pretendeu avaliar a existência de uma relação entre o nível de escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário, formação universitária), com o *distress* psicológico, verificou-se uma relação significativa entre os diferentes subgrupos de habilitações literárias e o *distress* psicológico medido através da escala: HADS-D ($\chi^2(2, N=31)=11.70$, $p=.039$). Assim, as mulheres pertencentes ao subgrupo 3º ciclo apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva (Mdn=8.00) quando comparadas com as mulheres com o 1º ciclo (Mdn=7.50), com as mulheres com o 2º ciclo (Mdn=7.00), com as mulheres sem escolaridade (Mdn=5.00), com mulheres com formação universitária (Mdn=3.50) e com mulheres com o ensino secundário (Mdn=1.00) sendo que estas últimas apresentaram menos sintomas depressivos. Por sua vez, não se verificou um efeito significativo entre os diferentes subgrupos de habilitações literárias e o *distress* psicológico medido através da HADS-A ($\chi^2(2, N=31)=5.41$, $p=.368$). Também se procurou avaliar a existência de uma relação entre o nível de escolaridade com a QdV global, verificando-se não haver um efeito significativo entre os diferentes subgrupos de habilitações literárias e a QdV global ($\chi^2(2, N=31)=10.36$, $p=.07$).

No que concerne ao papel do tipo de cancro (ginecológico e da mama) no *distress* psicológico, na QdV e nas estratégias de *coping*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os subgrupos, tanto ao nível do *distress* psicológico medido através das duas escalas (HADS-A ($U=108.50$, $Z=-.06$, $p=.950$); HADS-D ($U=91.50$, $Z=-.77$, $p=.443$)) como ao nível da QdV ($U=102.00$, $Z=-.34$, $p=.738$) e como ao nível das estratégias de *coping* nas duas subescalas (CCQ-Individual ($U=89.50$, $Z=-.85$, $p=.397$); CCQ-Interpessoal ($U=56.00$, $Z=-2.24$, $p=.250$)).

Discussão

Pretendeu-se com este estudo avaliar a relação entre as estratégias de *coping*, a qualidade de vida e o *distress* psicológico, e ainda o efeito de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas nestes parâmetros.

No que diz respeito às estratégias de *coping* e QdV é possível verificar que não houve relação entre estas duas variáveis, ou seja, não se correlacionam. Contudo, os estudos da revisão da literatura sugerem que os doentes oncológicos que utilizam estratégias de *coping* mais adequadas às circunstâncias e que sustentam expectativas mais elevadas quanto aos resultados dos seus comportamentos, apresentam uma melhor QdV (Ogden, 1999) e ainda Santos (2006) salienta que a adesão, pelo doente oncológico, de estratégias de *coping* ativo favorece a perceção de QdV global positiva. É provável que os resultados deste estudo não sejam concordantes com a literatura devido ao reduzido tamanho da amostra e ao fato de nem todas as participantes se encontrarem na mesma fase da doença e por isso utilizarem diferentes estratégias para lidar com a mesma. Carver et al (1993), mostraram que o uso da maioria das estratégias de *coping* em doentes com cancro da mama em estágio inicial, diminuiu desde o diagnóstico até um ano depois da cirurgia.

Quanto às EC interpessoais, estas correlacionaram-se negativamente com a ansiedade, o que significa que quanto melhores forem as estratégias direcionadas ao suporte social e familiar menor será a sintomatologia ansiosa, ou o seu reverso, quanto maior a sintomatologia ansiosa piores serão as estratégias relativas ao suporte social e familiar. Tal como os resultados deste estudo, também a literatura sugere que o suporte social e familiar é um fator importante no alívio do *distress* em situações de crise, como é o caso do cancro da mama e ginecológico, podendo ajudar na recuperação da doença e melhorando a QdV (Ribeiro, 1999). Também alguns estudos relataram que as EC ligadas ao suporte social foram associadas a melhores resultados no que diz respeito ao, *distress*, bem-estar social e estado funcional (Lutgendorf et al., 1999, 2000, 2002). Deste modo torna-se relevante que os profissionais de saúde, em particular os psicólogos, enfatizem e trabalhem com os doentes oncológicos as suas relações sociais e familiares para o alívio do *distress* psicológico causado pela doença, uma vez que, por vezes este tipo de doentes tendem a isolar-se socialmente.

Os dados revelaram que o *distress* psicológico tem um impacto negativo na QdV global e na maior parte das dimensões de funcionamento. Considerando estes resultados,

evidencia-se que quanto mais ansiosas e deprimidas se encontram as pacientes, menor é a QdV. Estes resultados vão de encontro com as conclusões de Bultz & Carlson (2005) que reconhecem o *distress* psicológico reduz a QdV, afeta negativamente a adesão ao tratamento e acarreta um risco elevado de mortalidade (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Greer, Pirl, Park, Lynch, & Temel, 2008; Pinguart & Duberstein, 2010; Satin, Linden, & Phillips, 2009). Vários autores relatam que os distúrbios de humor por si só têm uma grande influência sobre a QdV (Cheng & Lee, 2011; Redeker, Lev, & Ruggiero, 2000). Badger, Braden, Mishel, & Longman (2004) indicaram que quanto maior for a QdV menor é a sintomatologia depressiva. Mais ainda, tem sido explorado que além de uma QdV pior, as doentes deprimidas exibem mais dificuldades nas suas funções múltiplas (Kornblith & Ligibel, 2003). Também tem sido bem estabelecido na literatura que um pior funcionamento físico está associado a um *distress* psicológico maior nas pacientes com cancro (Fang, Manne, & Pape, 2001; Given, Stommel, Given, Osuch, Kurtz, & Kurtz, 1993) e ainda Pinto & Ribeiro (2006) salientam que a doença oncológica e o seu tratamento alteram todos os domínios da QdV. Diversos estudos, que abrangem diferentes tipos de patologia oncológica evidenciam que além do funcionamento físico, o funcionamento de papéis, emocional e social têm bastante impacto na QdV dos doentes, apresentando estes menores níveis de funcionalidade nestas dimensões (Dirmaier, Zaun, Koch, Harfst, & Schulz, 2004; Montazeri et al., 2008; Holzner et al., 2004; Park et al., 2006).

Os resultados mostraram ainda que o *distress* psicológico se correlacionou positivamente com QdV em duas subescalas de sintomas, nomeadamente a fadiga e a dor, e numa escala de único item, dificuldades financeiras. Isto significa que quanto mais elevados forem os sintomas experienciados pelas doentes maior será a sintomatologia ansiosa e depressiva. Alguns estudos relataram que os quatro sintomas mais comuns e que mais *distress* provocam em pacientes com cancro em fase ativa da doença, são a dor, a fadiga, a insónia e os distúrbios de humor (Barsevick, 2007; Given, Given, Azzouz, Stommel, & Kozachik, 2000). Um estudo de Bower et al. (2000) mostra que a fadiga está associada à depressão em doentes com cancro da mama, e outros autores referiram que é o sintoma mais relatado pelos doentes que estão a efetuar tratamento (Mota & Pimenta, 2002; Schonwetter, Roscoe, Nwosu, Zilka, & Kim, 2006), o que é expectável, uma vez que os tratamentos acarretam efeitos secundários exaustivos e a própria literatura refere que os

efeitos secundários mais presentes e que mais tempo persistem são a fadiga, a dor e as náuseas (Gho et al., 2013). Glover, Dibble, Dodd, & Miaskowski (1995) investigaram a dor em adultos com cancro, revelando que esta estava associada com a ansiedade e a depressão. Num estudo de Cheng & Lee (2011) os doentes oncológicos que tiveram co-ocorrência de dor, fadiga, insónia, e distúrbios de humor relataram uma QdV mais pobre, o que induz sofrimento aos doentes, e este é descrito por Wilson et al. (2007) como uma experiência multidimensional que está mais fortemente relacionada com sintomas físicos mas que inclui também o *distress* psicológico.

Um outro resultado que corrobora estudos de revisão da literatura é o fato das mulheres deste estudo que se encontram separadas/divorciadas apresentarem mais sintomatologia ansiosa em comparação com as mulheres que estão casadas/união de facto (que são as que menos sintomas ansiosos apresentam). Isto pode dever-se à necessidade de falar e partilhar os seus pensamentos, sentimentos e preocupações em relação à experiência da doença oncológica com pessoas próximas (Lepore et al., 2007; Stanton et al., 2011) uma vez que Manne et al. (2006) relatam que as mulheres com cancro da mama que empregam uma comunicação construtiva com os seus parceiros apresentam uma relação mais satisfatória e menos *distress* psicológico, enquanto que o evitamento dessa comunicação está associado a níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Dependendo da qualidade do relacionamento do casal, o parceiro pode significar para a mulher uma fonte de suporte ou de *distress*, sendo que este último está associado ao relacionamento conjugal (Avis, Crawford, & Manuel, 2005) e segundo Pistrang & Barker (1995) as mulheres com cancro da mama, satisfeitas com as suas relações conjugais referem estar bem psicologicamente.

Quando se pretendeu avaliar a existência de uma relação entre o nível de escolaridade e o *distress* psicológico, verificou-se uma relação significativa entre os diferentes subgrupos e a sintomatologia depressiva. Assim, as mulheres com o 3º ciclo de escolaridade apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva quando comparadas com as mulheres com formação universitária e com o secundário que apresentaram menos sintomas depressivos. Os resultados do estudo vão de encontro a parte da literatura, que tem referido que um maior nível de escolaridade pode prevenir o desenvolvimento de depressão em pacientes com cancro (Stommel, Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 2004). No entanto, essa relação não foi observada por alguns autores (Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi, 2005; Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003).

No que concerne à relação entre a idade e o distress psicológico, nomeadamente a sintomatologia depressiva, pode verificar-se que estes se correlacionam positivamente, ou seja, quanto maior a idade maior a sintomatologia depressiva. Estes resultados não vão de encontro aos previamente esperados. A literatura refere que a idade parece ter um papel relevante, na medida em que os jovens adultos apresentam um risco aumentado de desenvolver sintomatologia depressiva quando comparados com aqueles que são mais velhos (Caplette-Gingras & Savard, 2008). Por exemplo, num estudo de Kissane et al. (2004) verificou-se uma associação significativa entre a idade mais jovem e a depressão entre mulheres com cancro da mama avançado. Também Parker et al. (2003) verificaram em pacientes com diferentes tipos de cancro que os pacientes mais velhos revelam menores níveis de depressão. Similarmente num estudo de Wong-Kim e Bloom (2005), as mulheres mais jovens apresentaram maior dificuldade de adaptação ao diagnóstico de cancro da mama, revelando maiores níveis de *distress*, em comparação com as mulheres mais velhas. Podemos nesta medida afirmar que, a idade mais jovem parece ser preditora de maior *distress* psicológico, nos diferentes tipos de cancro, incluindo o cancro ginecológico e da mama. Não foram considerados para este estudo os estádios do cancro nas mulheres, o que poderia justificar os resultados obtidos, uma vez que as mulheres com doença oncológica avançada ou recorrente podem assimilar a sua doença como uma maior ameaça para suas vidas, aumentando assim o *distress* psicológico (Norton et al., 2004). Foi ainda observado que os valores da subescala de saúde e qualidade de vida global decrescem em função do aumento da idade. Esta relação também foi verificada por Pais-Ribeiro et al. (2008) quando validou o QLQ-C30 para a população portuguesa, e pode ser explicada pelas complicações de saúde e dificuldades de funcionamento ligadas ao envelhecimento. Já num estudo de Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto, & Gurgel (2009) onde foi avaliado a QdV de 110 mulheres com cancro da mama que estavam em tratamento há pelo menos um ano, é possível observar que a idade, a escolaridade, entre outros fatores não influenciaram a QdV.

Por fim, pode verificar-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de cancro (ginecológico ou mama) tanto nas EC, como no *distress* psicológico como na QdV. Estes resultados deverão ser lidos com alguma precaução tendo em consideração o reduzido tamanho da amostra e o fato dos grupos não serem equivalentes,

pois como já referido acima, existem apenas onze mulheres com cancro ginecológico para vinte com cancro da mama.

Apesar de não terem sido encontradas relações entre a QdV e as EC, os resultados do presente estudo confirmaram a existência de relações entre a QdV e o *distress* psicológico em mulheres com cancro da mama e ginecológico em fase ativa. Estes resultados sugerem a importância de formar e sensibilizar os profissionais de saúde, no sentido de detetar sinais precoces de sintomas ansiosos e/ou depressivos e desenvolver programas de intervenção que possibilitem responder de forma mais eficaz às necessidades específicas de cada doente para que assim se consiga promover uma melhor QdV possível. Além disso era importante ainda que as doentes com estes tipos de cancro recebessem acompanhamento psicológico desde o diagnóstico da doença, uma vez que o mesmo pode constituir uma fonte de *distress* psicológico, que por sua vez vai trazer prejuízos, não só na sua QdV mas também na resposta imunitária ao cancro como é descrito por Lutgendorf e colaboradores (2005).

Pode concluir-se também que as EC interpessoais, que envolvem o suporte social e familiar, são um fator importante no alívio do *distress* psicológico em situações de crise como é o caso da doença oncológica, e estas estratégias podem ajudar na recuperação da doença (Ribeiro, 1999). Assim, torna-se relevante que os profissionais de saúde, em particular os psicólogos, enfatizem e trabalhem com estas doentes as suas relações sociais e familiares para a atenuação do *distress* psicológico causado pela doença, uma vez que na prática clínica é frequente constatar que as doentes oncológicas tendem a isolar-se socialmente e a guardarem para si as preocupações e pensamentos inerentes à doença e a todo o seu processo, verificando-se, tal como a literatura tem vindo a referir, níveis de ansiedade e depressão mais elevados.

Algumas limitações inerentes a este tipo de estudo deverão ser tidas em consideração. Não foram contemplados neste estudo nem os diferentes estádios da doença em que se encontravam as participantes nem os seus episódios de cancro tais como ser ou não a primeira experiência oncológica ou se se tratava de recidivas. Todos estes aspetos são de importância pois influenciam a presença de mais ou menos sintomas que por sua vez têm impacto no *distress* psicológico e QdV. O tamanho da amostra, como já referido acima poderá dificultar a generalização dos resultados visto que foram consideradas apenas 31 participantes e seleccionadas exclusivamente de um instituto de oncologia. Contudo

apesar dessa limitação, foi para nós muito gratificante poder investigar neste contexto e com amostra de elevada vulnerabilidade. A idade das participantes pode também constituir uma limitação, já que existem participantes no estudo com idades razoavelmente elevadas, que por consequência podem apresentar declínios cognitivos e assim terem enviesado algumas respostas presentes nos questionários por elas preenchidos.

Em investigações futuras sugere-se o prosseguimento do estudo das mulheres com cancro da mama e ginecológico, pois, como referido acima, os estudos desenvolvidos com esta população são escassos, especialmente no cancro ginecológico, sendo os reduzidos estudos existentes inconsistentes, tanto ao nível nacional como internacional. Assim, esta população deverá continuar a ser objeto de estudo no futuro, com vista a testar ou não a generalização dos resultados obtidos. Da mesma forma, considera-se importante estudar estes dois tipos de cancro em combinação com outras variáveis psicossociais, nomeadamente a resiliência, a adaptação à doença, o medo da progressão ou recorrência da doença, a espiritualidade, a imagem corporal e o funcionamento sexual. Também seria oportuno a realização de estudos que avaliassem o efeito da idade, do estado civil, do nível de escolaridade e da qualidade da relação entre o casal nas variáveis acima citadas, em mulheres com cancro da mama e ginecológico. De igual modo, seria pertinente a realização de estudos longitudinais, uma vez que a maioria dos estudos com mulheres com estes tipos de doença oncológica é transversal e desta forma não são realizadas avaliações em diversos momentos da progressão da doença, para assim ser possível estabelecer relações de causalidade. Igualmente como sugestão para futuros estudos, seria relevante a avaliação de mais dimensões das EC neste tipo de população.

Referências Bibliográficas

- American Cancer Society (2013). *Cancer facts and figures*. Retirado em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf>.
- Andersen, B. L., Anderson, B., & DeProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(6), 692.
- Anderson, B., & Lutgendorf, S. (1997). Quality of life in gynecologic cancer survivors. *CA: a cancer journal for clinicians*, 47(4), 218-225.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 241-248.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. Universidad Federal do Rio Grande do Norte.
- Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 408-428.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.
- Badger, T.A., Braden, C., Mishel, M.H., & Longman, A. J. (2004). Depression burden, psychological adjustment and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing & Health*, 27, 19-28.
- Barsevick, A. M. (2007). The elusive concept of the symptom cluster. In *Oncology nursing fórum. Oncology Nursing Press*. 34(5), 971-980.
- Bahrami, M. (2011). Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Contemporary nurse*, 39(1), 75-84.
- Bartula, I., & Sherman, K. A. (2013). Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast cancer research and treatment*, 141(2), 173-185.
- Bodurka-Bervers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., de Moor, C., & Gershenson, D. M. (2000). Depression, Anxiety, and Quality of Life

- in Patients with Epithelial Ovarian Cancer. *Gynecologic oncology*, 78(3 Pt 1), 302-308.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-743.
- Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768-777.
- Bradley, S., Rose, S., Lutgendorf, S., Costanzo, E., & Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 100(3), 479-486.
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440-6441.
- Caplette-Gingras, A., & Savard, J. (2008). Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliative and Supportive Care*, 6(4), 377-387.
- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic oncology*, 97(1), 90-95.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375.
- Cella, D., Chang, C. H., Lai, J. S., & Webster, K. (2002). Advances in quality of life measurements in oncology patients. *Seminars in oncology*, 29(3), 60-68.
- Chaves, P. L., & Gorini, M. I. P. C. (2011). Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm*, 32(4), 767-73.
- Cheng, K. K., & Lee, D. T. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical reviews in oncology/hematology*, 78(2), 127-137.
- Cho, K. R., Shih, I. M. (2009). Ovarian Cancer. *Annual Review of Pathology*, 4, 287-313.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 706.

- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 132-142.
- Davies, E. L. (2012). Breast cancer. *Medicine*, 40(1), 5-9.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Dirmaier, J., Zaun, S., Koch, U., Harfst, T., & Schulz, H. (2004). Psychometric properties of the EORTC Quality of Life Questionnaire in inpatient cancer rehabilitation in Germany. *Palliative & supportive care*, 2(02), 115-124.
- Donovan-Kicken, E., & Caughlin, J. P. (2010). A multiple goals perspective on topic avoidance and relationship satisfaction in the context of breast cancer. *Communication Monographs*, 77(2), 231-256.
- Donovan-Kicken, E., & Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 596-606.
- Ersek, M., Ferrell, B. R., Dow, K. H., & Melancon, C. H. (1997). Quality of life in women with ovarian cancer. *Western Journal of nursing research*, 19(3), 334-350.
- Fang, C. Y., Manne, S. L., & Pape, S. J. (2001). Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses. *Health Psychology*, 20(6), 452.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*, 8(1), 15-24.
- Figueiredo, M. I., Fries, E., & Ingram, K. M. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(2), 96-105.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.

- Gho, S. A., Steele, J. R., Jones, S. C., & Munro, B. J. (2013). Self-reported side effects of breast cancer treatment: a cross-sectional study of incidence, associations, and the influence of exercise. *Cancer Causes & Control*, 24(3), 517-528.
- Given, C. W., Stommel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M. E., & Kurtz, J. C. (1993). The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. *Health Psychology*, 12(4), 277.
- Given, C. W., Given, B., Azzouz, F., Stommel, M., & Kozachik, S. (2000). Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical care*, 38(5), 482-493.
- Glover, J., Dibble, S. L., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (1995). Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference?. *Journal of pain and symptom management*, 10(2), 120-128.
- Gotcher, J. M. (1995). Well-adjusted and maladjusted cancer patients: An examination of communication variables. *Health Communication*, 7(1), 21-33.
- Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 549-552.
- Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., & Pongratz, E. (2002). Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecologic oncology*, 85(1), 140-147.
- Guppy, A. E., Nathan, P. D., & Rustin, G. J. (2005). Epithelial ovarian cancer: a review of current management. *Clinical Oncology*, 17(6), 399-411.
- Helgeson, V., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23, 3-15.
- Hilton, B. A., Crawford, J. A., & Tarko, M. A. (2000). Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western journal of nursing research*, 22(4), 438-459.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Nguyen-Van-Tam, D., Sperner-Unterweger, B., & Greil, R. (2004). Quality of life of patients with chronic lymphocytic leukemia: results of a longitudinal investigation over 1 yr. *European journal of haematology*, 72(6), 381-389.

- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 31(2), 61-7.
- Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, 2006. From Cancer Patient to Cancer Survivor: lost in transition. *The National Academies Press*, United States of America.
- Jassim, G. A., & Whitford, D. L. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 107, 189-195.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(2), 71-96.
- Jensen, P. T., Groenvold, M., Klee, M. C., Thranov, I., Petersen, M. A., & Machin, D. (2003). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 56(4), 937-949.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-oncology*, 12(3), 267-279.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative medicine*, 17(1), 11-20.
- Kamangar, F., Dores, G. M., & Anderson, W. F. (2006). Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *Journal of clinical oncology*, 24(14), 2137-2150.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320-326.
- Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*. 30(6), 799-813.

- Le, T., Leis, A., Pahwa, P., Wright, K., Ali, K., Reeder, B., Hopkins, L., & Fung, M. F. K. (2004). Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment. *Gynecologic oncology*, 92(3), 839-844.
- Leake, R., Gurrin, L., & Hammond, I. (2001). Quality of life in patients attending a low risk gynaecological oncology follow-up clinic. *Psycho-Oncology*, 10, 428-435.
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and personality psychology compass*, 1(1), 313-333.
- Love, A. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Bloch, S., & Kissane, D. W. (2004). Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(7), 526-531.
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Larsen, K., Buller, R. E., & Sorosky, J. I. (1999). Cognitive processing, social support coping, and distress in gynecologic cancer patients. *Cancer Res Ther Control*, 8, 123-137.
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Sorosky, J. I., Buller, R. E., & Lubaroff, D. M. (2000). Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 127-142.
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Ullrich, P., Johnsen, E. L., Buller, R. E., Sood, A. K., Sorosky, J. I., & Ritchie, J. (2002). Quality of life and mood in women with gynecologic cancer. *Cancer*, 94(1), 131-140.
- Lutgendorf, S. K., Sood, A. K., Anderson, B., McGinn, S., Maiseri, H., Dao, M., Sorosky, J. I., Geest, K., Ritchie, J., & Lubaroff, D. M. (2005). Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(28), 7105-7113.
- Makar, A. P. (2000). Hormone therapy in epithelial ovarian cancer. *Endocrine-related cancer*, 7(2), 85-93.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112, 2541-2555.
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 234-247.

- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet*, 361, 1603-1607.
- Miller, B. E., Pittman, B., Case, D., & McQuellon, R. P. (2002). Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. *Gynecologic oncology*, 87(2), 178-184.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC cancer*, 8(1), 330.
- Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, 12(4), 331-344.
- Mota, D. D. C. F., & Pimenta, C. A. M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista brasileira de cancerologia*, 48(4), 577-583.
- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2011). Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúcha Enferm*, 32(4), 759-66.
- Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Carlson, J., Hernandez, E., Edelson, M. I., Rosenblum, N., Warshal, D., & Bergman, C. (2004). Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 919-926.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35(6), 302-309.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Estudo de validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V. 3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.

- Pargament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. *Guilford Press*.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of internal medicine*, 161(15), 1881-1885.
- Park, S. H., Lee, W. K., Chung, M., Bang, S. M., Cho, E. K., Lee, J. H., & Shin, D. B. (2006). Quality of life in patients with advanced gastric cancer treated with second-line chemotherapy. *Cancer chemotherapy and pharmacology*, 57(3), 289-294.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193.
- Perdrizet-Chevallier, C., Reich, M., & Lesur, A. (2008). Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques. *Annales Medico-Psychologiques*, 166(4), 292-296.
- Pilkington, F. B., & Mitchell, G. J. (2004). Quality of life for women living with a gynecologic cancer. *Nursing Science Quarterly*, 17(2), 147-155.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 40(11), 1797-1810.
- Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Qualidade de vida*, 24(1), 37-56.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6), 789-797.
- Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872-1879.
- Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 19(3), 419-430.
- Redeker, N. S., Lev, E. L., & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Research and Theory for Nursing Practice*, 14(4), 275-290.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.

- Romagnolo, C. (1990). Quality of life in gynaecological oncology. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 18(3), 203-205.
- Santos, C. (2006). Doença oncológica: representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família. *Coimbra: Formasau*.
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*, 115(22), 5349-5361.
- Schonwetter, R. S., Roscoe, L. A., Nwosu, M., Zilka, B., & Kim, S. (2006). Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy. *Journal of palliative medicine*, 9(3), 638-645.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*, 41(1), 91-102.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2013). Cancro Ginecológico – Consensos nacionais 2013. Retirado em: <http://www.spGINECOLOGIA.pt/notcias-da-spg/consenso-cancro-ginecologico-consensos-nacionais-2013.html>
- Speer, J., Hillenberg, B., Sugrue, D., Blacker, C., Kresge, C., Decker, V., Zakalik, D. & Decker, D. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, 11(6), 440-447.
- Stanton, A., & Revenson, T. A. (2011). Adjustment to chronic disease: Progress and promise in research. *The Oxford handbook of health psychology*, 244-272.
- Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*, 23(6), 564.

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361.
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2014). Validity study of Portuguese version of Cancer Coping Questionnaire. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion e Avaliacao Psicologica*, 2(38), 199-220.
- Tuncer, G., & Yucel, S. C. (2013). Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 15(5), 2109-2114.
- Vadivelu, N., Schreck, M., Lopez, J., Kodumudi, G., & Narayan, D. (2008). Pain after mastectomy and breast reconstruction. *The American Surgeon*, 74(4), 285-296.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(15), 479-488.
- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., Kluhsman, B. C., Fairclough, D., Krebs, L. U., Anton-Culver, H., Berkowitz, R., & Aziz, N. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 97(2), 310-317.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., & Fainsinger, R. L. (2007). Suffering with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1691-1697.
- Wong-Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(7), 564-573.
- Wong-Kim, E., Sun, A., Merighi, J. R., & Chow, E. A. (2005). Understanding quality-of-life issues in Chinese women with breast cancer: a qualitative investigation. *Cancer Control*, 12(Suppl 2), 6-12.
- World Health Organization. (2012). *GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Retirado em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Yilmaz, S. G., & Arslan, S. (2015). Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(1), 217-220.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexos

Anexo A - Pedido de autorização formal para a utilização das escalas

Pedido de autorização formal para a utilização da *Hospital Anxiety and Depression Scale*

De: Ana Pinho (catarina.ferreira.pinho@ua.pt)

Enviado: seg 24-08-2015 11:14

Para: José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

Assunto: Autorização para aplicação da “Hospital Anxiety and Depression Scale”

Bom dia Dr. José Ribeiro,

O meu nome é Catarina Pinho, sou aluna de Mestrado em Psicologia na Universidade de Aveiro e estou a ser orientada pela Prof. Dra. Anabela Pereira. Estou este ano a realizar a minha dissertação cujo tema é "Qualidade de vida e estratégias de coping em doentes ginecológicos" e um dos questionários que necessito para a recolha da amostra é o HADS (EADH) de sua autoria, assim venho por este meio pedir-lhe se seria possível facultar-me esse mesmo questionário.

Cumprimentos,

Catarina Pinho

De: José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

Enviado: seg 24-08-2015 11:14

Para: Ana Pinho (catarina.ferreira.pinho@ua.pt)

Cara colega

anexo o texto de validação que contem todas as informações que solicita.

Mande os meus cumprimentos à Dra Anabela

cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Anexo B - Questionário sociodemográfico e clínico

Questionário sociodemográfico e clínico

DADOS INDIVIDUAIS

Número da identificação do processo _____

Número de identificação da investigação _____

Sexo: Masculino___ Feminino ___

Idade _____

Nacionalidade _____

Estado Civil: Solteiro(a)___ Casado(a)/Junto(a)___ Separado(a)/Divorciado(a)___
Viúvo(a)___

Agregado Familiar: Sozinho(a)___ A viver com parceiro(a)___ A viver com a
família___ Outros _____

Escolaridade: Analfabeto(a)___ Sabe ler/escrever___ Anos de escolaridade _____

Profissão _____

Ano do Diagnóstico _____

RESUMO DA DOENÇA

Diagnóstico Clínico _____

Tratamento _____

Antecedentes Familiares: Sim___ Não ___

História Prévia de Acompanhamento Psicológico Sim___ Não ___

Motivos de Acompanhamento Psicológico: Ansiedade___ Depressão ___ Outro(s)

Anexo C – Hospital Anxiety Depression Scale

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007)

Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

Anexo D - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano): 31

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

© Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group. Todos os direitos reservados. Version 3.0.

Anexo E – Cancer Coping Questionnaire

CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A seguir encontra uma lista de vários métodos para lidar com o cancro. Pense como tem lidado com a sua doença na última semana e seleccione a frequência com que tem utilizado cada método mencionado. Ninguém utiliza todas as formas mencionadas, mas todas as pessoas utilizam algumas delas. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para reflectir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, actividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em actividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspectos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa actividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1

Anexo F – Parecer da Comissão de Ética



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

O Serviço de Ginecologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra irá colaborar no projecto de mestrado da Dra. Elisabeth Castelo Branco intitulado “Estudo longitudinal sobre o impacto na qualidade de vida e ajustamento emocional ao diagnóstico, tratamento e sobrevivência de cancro ginecológico”.

Coimbra, 22 de Janeiro de 2014

Dr. Luís Sá
Director do Serviço de Ginecologia

Anexo G – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Objetivo: Esta investigação, no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica pela Universidade de Aveiro e orientada pela Dra. Anabela Pereira, pretende caracterizar as estratégias de *coping*, qualidade de vida e *distress* psicológico em doentes com cancro ginecológico e da mama.

Procedimento específico: Os participantes terão que preencher três questionários: *Core Questionnaire of Quality of Life* (QLQ-C30), *Cancer Coping Questionnaire* (CCQ) e Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Riscos para o participante: A participação nesta experiência não acata quaisquer riscos para o bem-estar físico e psicológico do participante.

Confidencialidade: Os dados fornecidos e recolhidos nesta experiência são estritamente confidenciais e não serão associados ao participante em momento algum.

Natureza voluntária da sua participação:

A sua participação nesta investigação é voluntária. Mesmo concordando em participar, poderá desistir em qualquer momento caso seja essa a sua vontade.

LI A FICHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO E TIVE OPORTUNIDADE DE COLOCAR AS QUESTÕES QUE ENTENDI NECESSÁRIAS.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Investigador

Data